



## СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

**Л.В. ПАЖИНСКИЙ<sup>1,2</sup>**

**А.Л. ПАЖИНСКИЙ<sup>2</sup>**

**В.П. ИВАНОВ<sup>2</sup>**

<sup>1)</sup> *Областная детская  
клиническая больница,  
г. Белгород*

<sup>2)</sup> *Белгородский  
государственный национальный  
исследовательский университет*

*e-mail: bb\_9393@mail.ru*

Лечение полипозного риносинусита должно рассматриваться скорее с терапевтических позиций, а не как заболевание, изначально требующее хирургическое лечение.

Ключевые слова: полипозный риносинусит, глюкокортикостероиды, рецидив синусита.

В последнее время отмечается рост и распространенность хронических форм синуситов [1, 2, 3, 5, 10]. Среди них особое место занимает полипозный риносинусит, течение которого характеризуется затяжной длительностью и частыми рецидивами, обуславливая отрицательное воздействие на органы и системы. Имеющиеся методы консервативного и хирургического лечения данного заболевания не позволяют достичь стойкого выздоровления. Отмечены некоторые особенности в развитии и течении данного заболевания у детей – внезапное начало, склонность к рецидивированию и множественности полипов, поражение детей более раннего возраста [4].

В современной оториноларингологии принята мультивариантная теория в развитии хронического полипозного риносинусита [6]. Хроническое воспаление в околоносовых пазухах в настоящее время представляется как сложный, многостадийный процесс [7, 12].

Значительное место среди вероятных причин полипозного риносинусита отводится грибковому инфицированию слизистой оболочки, в ответ на которое развивается иммунная реакция в виде эозинофильного воспаления. Так же, среди причин вызывающих эозинофильное воспаление слизистой оболочки носа и пазух с формированием полипов, называют и бактериальное инфицирование, в частности поражение слизистой оболочки золотистым стафилококком [8].

Таким образом, одним из основных механизмов в патогенезе полипозного риносинусита считается развитие хронического воспаления слизистой оболочки, которое в большинстве случаев (80%) носит аллергический (эозинофильный) характер и только в 20% случаев неаллергический (нейтрофильный) характер.

В большинстве случаев клинически доминируют симптомы, происходящие из околоносовых пазух, причина воспалительного процесса может быть не найдена в синусе, но скрыта в латеральной стенке полости носа [9]. На латеральной стенке полости носа, в области среднего носового хода расположены узкие ходы, которые играют ключевую роль в нормальном функционировании и патофизиологии околоносовых пазух. Данную зону Н.Н. Naumann (1987) обозначил как остиомеатальный комплекс, который является ключевой зоной в развитии синуситов и состоит из анатомических структур, которые контролируют вентиляцию и нормальное мукоцилиарное очищение околоносовых пазух, выстланных реснитчатым эпителием.

Диагностика полипозного синусита складывается из комплексной оценки жалоб пациента, анализа данных анамнеза, результатов инструментальных методов исследования. Важными методами инструментальной диагностики полипозного риносинусита являются: эндоскопия полости носа и носоглотки и компьютерная томография околоносовых пазух.

Дополнительными диагностическими мероприятиями у пациентов с полипозным риносинуситом нередко являются аллергодиагностика (цитологическое исследование мазков-отпечатков со слизистой оболочки полости носа (эозинофилия), определение общего и специфического Ig E), определение функций внешнего дыхания [12].

Лечение полипозного риносинусита, включает хирургическое вмешательство, медикаментозное лечение или комбинацию методов.

Консервативное лечение, главным образом, заключается в назначении глюкокортикостероидных препаратов. Эти препараты обладают выраженным и быстро проявляющимся противовоспалительным и иммуносупрессивным действием. Они уменьшают эозинофильную ин-



фильтрацию и секреторную активность желез слизистой оболочки, снижают степень сосудистой проницаемости, тормозят синтез лейкотриенов, интерлейкинов, контролируют экспрессию клеточных рецепторов и молекул клеточной адгезии. В результате их применения уменьшается отек слизистой оболочки полости носа, количество слизисто-водянистых выделений, уменьшается объем полипов, улучшается проходимость носовых ходов и естественных соустьев околоносовых пазух.

Таким образом, глюкокортикостероиды воздействуют практически на все звенья патогенеза полипозного риносинусита и на сегодняшний день являются единственным средством, способным замедлять рост полипов и удлинить периоды ремиссии.

Современные хирургические методы преследуют следующие цели: восстановление свободного носового дыхания, полное удаление полипозной ткани, максимальное сохранение неизменной слизистой оболочки. Хирургические вмешательства проводятся под контролем эндоскопа. Для удаления полипов, в целях минимального травмирования неизменной слизистой оболочки, применяется микродебридированная техника, лазерная деструкция полипов и др.

Основной проблемой является рецидивирование полипоза после хирургического вмешательства. Частота рецидивов достигает 60% в среднем через 2 года после операции [11].

Сравнивая хирургические и терапевтические методы лечения, можно сделать заключение, что использование даже самых последних достижений ринопластики позволяет воздействовать лишь на конечный результат патологического процесса, не влияя на звенья патогенеза полипозного риносинусита, т.е. хирургическое лечение носит симптоматический характер. Оно не прерывает цепь развития полипозного синусита и поэтому мало влияет на продолжительность ремиссии. Лечение полипозного риносинусита стероидными препаратами носит патогенетический характер, поскольку направлено на блокирование эффектов биологически активных веществ и клеток, непосредственно участвующих в развитии патологического процесса.

Таким образом, на сегодняшний день проблема полипозного риносинусита должна рассматриваться скорее с терапевтических позиций, а не как заболевание, изначально требующее хирургическое лечение.

Оптимальной терапией полипозного риносинусита является комбинация хирургических методов лечения и медикаментозных.

Дальнейший прогресс, вероятно, будет связан с детальным изучением патогенеза заболевания и разработкой новых препаратов, а не с совершенствованием хирургической техники.

### Литература

1. Капустина Т.А. Эпидемиология хронических заболеваний уха, горла и носа у коренных жителей / Т.А. Капустина // Бюллетень СО РАМН. – 2010. – Т. 30, №3. – С. 45–51.
2. Пальчун В.Т. Национальное руководство по оториноларингологии // В.Т. Пальчун. – М.: Геотар-Медиа, 2008. – С. 5, 268–290.
3. Пискунов В.С. Нарушение аэродинамики – одна из причин полипоза носа / В.С. Пискунов // Российская ринология. – 2009. – № 2. – С. 14.
4. Хмельницкая Н.М., Ковалева Л.М. Морфогенез полипозных форм синусита у детей / Н.М. Хмельницкая // Российская ринология 1994; 1: 19–24.
5. Cauwenberge P.V. Epidemiology of chronic rhinosinusitis / P. Van Cauwenberge // J. Thorax. – 2010. – №10, Suppl. 2. – P. 20–21.
6. Drake-Lee A.B., Price J. A review of the morphology of human nasal mast cells as studied by light and electron microscopy / A.B. Drake-Lee // Rhinology 1992. – 3 (30). – P. 229–239.
7. Miszke A. Sanakowska E. Cytology of nasal polyps / A. Miszke // Otolaryngol Pol. – 2008. – № 3 (49). – P. 225–230.
8. Riechelmann H., Niederfuhr A., Kirsche H. Staphylococcus aureus in nasal lavage and biopsy of patients with chronic rhinosinusitis. // H. Riechelmann et al // Allergy. 2008. – Oct. 63(10). – P. 1359–1367.
9. Stammberger H., Pozawetz W. Functional endoscopic sinus surgery. Concept, indications and results of Messerklinger Technique / H. Stammberger // European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. – 1990. – Vol. 247, №1. – P. 21–32.
10. Tomassen P., Newson R.B., Hoffmans R. Reliability of EP3OS symptom criteria and nasal endoscopy in the assessment of chronic rhinosinusitis – a GA(2) LEN study. / P. Tomassen // J. Allergy. – 2010. – Vol. 17. – P. 22–26.
11. Van Cauwenberge P. Pharmacological management of nasal polyposis / P. Van Cauwenberge // Drugs 2008. – Vol. 65(11). – P. 1537–1552.
12. Wardlaw A.J., Symon F.S., Walsh G.M. Human eosinophils preferentially survive on tissue fibronectin compared with plasma fibronectin / A.J. Wardlaw, // J. Allergy Clin. Immunol. – 1994. – № 94 (6). – P. 1163–1171.



## MODERN VIEWS ON THE PROBLEM OF CHRONIC POLYPOID RHINOSINUSITIS

**L.V. PAZHINSKY<sup>1,2</sup>**

**A.L. PAZHINSKY<sup>2</sup>**

**V.P. IVANON<sup>2</sup>**

*<sup>1)</sup> Regional Pediatric Clinical  
Hospital, Belgorod*

*<sup>2)</sup> Belgorod National  
Research University*

*e-mail: bb\_9393@mail.ru*

Treatment of polypoid rhinosinusitis should be seen with more therapeutic positions, and not as a disease requiring surgical treatment originally.

Keywords: polypoid rhinosinusitis, glucocorticosteroids, recurrent sinusitis.